

- di avere contratto matrimonio con il/la Sanitario/a in data _____ a _____
- di avere sempre convissuto con lo/la stesso/a fino al suo decesso e che non è mai intervenuta sentenza di divorzio o di separazione legale passata in giudicato;
- di essere separato/a o divorziato/a , come da sentenza che si allega in copia fotostatica (*solo se non già prodotta al Servizio Prestazioni del Fondo di Previdenza Generale*) e di non avere contratto nuovo matrimonio;

che gli aventi diritto alle prestazioni dell'Ente sono, oltre il/la richiedente, i seguenti superstiti:
(*indicare anche eventuale coniuge divorziato*)

NOMINATIVO	LUOGO DI NASCITA	DATA	CODICE FISCALE

- di avere presentato domanda di pensione indiretta o di reversibilità al Servizio Prestazioni del Fondo di Previdenza Generale;
- di essere titolare o di avere presentato domanda di pensione indiretta o di reversibilità a carico di altri Enti Previdenziali obbligatori (*allegare copia del provvedimento di pensione con indicazione dell'importo della prestazione riconosciuta, se non già prodotta al Servizio Prestazioni del Fondo di Previdenza Generale*);

di scegliere la sottoindicata modalità di pagamento della pensione (*da barrare solo se non si è presentata domanda di pensione a superstiti al Servizio Prestazioni del Fondo di Previdenza Generale*);

- accredito sul c/c bancario acceso a proprio nome presso:

ISTITUTO DI CREDITO _____

FILIALE/AGENZIA N° _____ DI _____ (località)

	Codice Nazione	CIN internaz.	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
IBAN:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC:	<input type="text"/>			(per pagamento verso Paesi Europei)		

COINTESTATARIO _____

ovvero

accredito conto bancoposta acceso a proprio nome presso:

UFFICIO POSTALE DI _____

	Codice Nazione	CIN internaz.	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
IBAN:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC:	<input type="text"/>			(per pagamento verso Paesi Europei)		

COINTESTATARIO _____

Il/La sottoscritto/a **si impegna** a corrispondere al coniuge divorziato, ove sussista il diritto, gli arretrati dei ratei di pensione nella misura stabilita dal Giudice.

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

(firma per esteso del dichiarante)

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del

Sig. _____

Sig. _____
(firma esteso del dipendente addetto)

INVIO PER POSTA

(ai sensi dell'art.38, comma 3, del D.P.R. n.445/2000 allega fotocopia non autenticata del documento d'identità)

**DOCUMENTI DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE
ALLA DOMANDA SE IL SANITARIO NON ERA GIÀ PENSIONATO**
(in originale o copia autentica)

- A)** I superstiti dei medici **GENERICI** e **SPECIALISTI ESTERNI** dovranno produrre la seguente documentazione:
- 1) dichiarazione della competente struttura del Servizio Sanitario Nazionale (*o altro Ente*), attestante:
 - la data dell'avvenuta cessazione;
 - la natura dell'attività prestata;
 - gli eventuali periodi di sospensione del rapporto;
 - indicazione della branca specialistica: "a prestazione" - "a visita" (*solo per gli Specialisti Esterni*).
- A1)** I superstiti di medici **TRANSITATI A RAPPORTO D'IMPIEGO** dovranno produrre una documentazione attestante, oltre i dati del punto precedente, la data del passaggio alla dipendenza.
- B)** I superstiti dei medici **AMBULATORIALI, non transitati a rapporto d'impiego**, dovranno produrre la seguente documentazione.
- 1) dichiarazione del Comitato zonale (o altro Ente) attestante:
 - la data dell'avvenuta cessazione;
 - l'orario settimanale di servizio tenuto dalla data di inizio del rapporto fino alla data di cessazione.
 - 2) dichiarazione – resa obbligatoriamente – della USL (o delle UU.SS.LL.) di appartenenza da cui risulti se **nell'intero arco lavorativo ed in particolare nei 5 anni precedenti la cessazione** l'iscritto:
 - 2.1) ha/non ha effettuato prestazioni per prolungamento dell'orario di lavoro (*indicare gli anni, il numero di ore ed i compensi relativi*);
 - 2.2) ha/non ha svolto attività extra-moenia (*indicare gli anni, il numero di ore ed i compensi relativi*);
 - 2.3) ha/non ha effettuato sostituzioni (*indicare gli anni e il numero di ore*);
 - 2.4) ha/non ha svolto attività nell'ambito di programmi e progetti finalizzati ex art.31 ACN di categoria (*indicare i contributi versati in ciascun anno ed il compenso orario ordinario dell'iscritto*);
 - 2.5) sono stati corrisposti ulteriori emolumenti, diversi dal compenso ordinario (costituito dalla quota oraria, quota di anzianità e quota di ponderazione) che rientrano nell'imponibile ENPAM, con l'indicazione specifica dell'importo e dell'anno in cui sono stati erogati.

Qualora il sanitario abbia svolto le attività di cui ai punti 2.4 e 2.5, si sottolinea la necessità che siano specificate: l'entità del compenso orario ordinario, (costituito dalla quota oraria, quota di anzianità e quota di ponderazione), l'entità di eventuali indennità di coordinamento e/o di responsabilità di branca, con l'indicazione dei periodi in cui le stesse siano state corrisposte, l'indennità di rischio e quella di bilinguismo (può essere utile qualche fotocopia dei cedolini mensili).

La dichiarazione dovrà inoltre indicare gli eventuali periodi di sospensione dal rapporto.

N.B. Le pensioni dei fondi speciali vengono corrisposte con le stesse modalità di pagamento della pensione del fondo generale dell'ente.